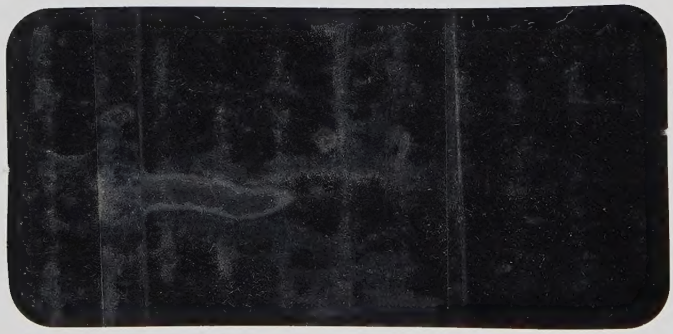
nfb

eisenhowerlaan 114 - 2517 KM den haag



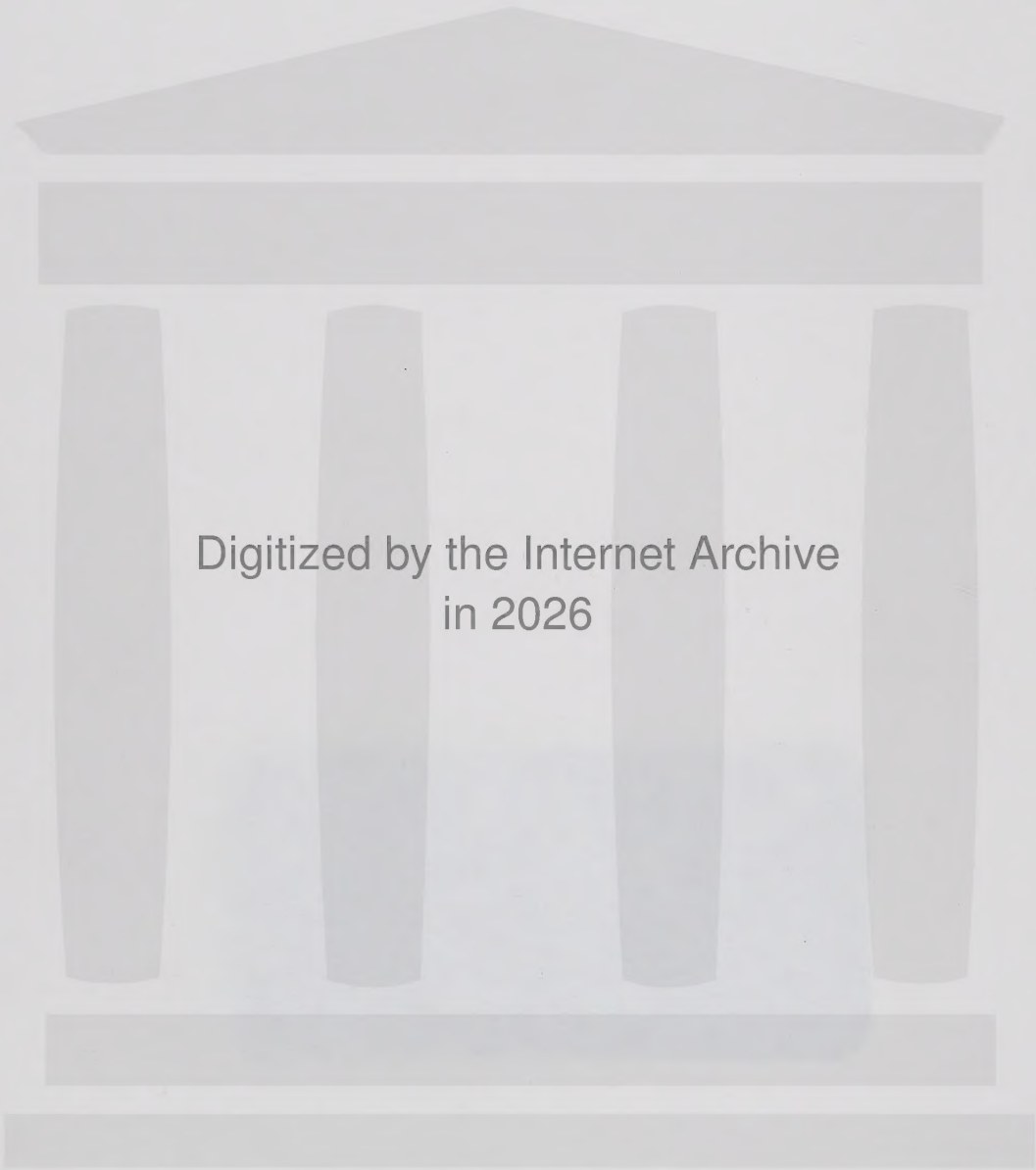
Dr. R. J. VAN ZONNEVELD
Laan van Oud Poelgeest 4
2341 NJ OEGSTGEEST

Ouderen
en
Grenzen aan de gezondheidszorg

Samensteller: P.F.Driest

NFB Verkenningen nr.2/oktober 1985

Nederlands Instituut
voor Gerontologie
Informatie-& documentatiecentrum
Kaap Hoorndreef 72
3563 AW Utrecht
Z 1880



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ouderenengrenzen0000vari_c0k6

Inhoudsopgave

Verantwoording		
Hoofdstuk I	Inleiding	blz. 5
Hoofdstuk II	De ondergrens	" 10
Hoofdstuk III	De ethische grens	" 16
Hoofdstuk IV	De grens van het doelmatige	" 21
Hoofdstuk V	De financiële grens	" 26
Hoofdstuk VI	De grens van de plicht van de overheid	" 31
Geraadpleegde literatuur		
Bijlage I:	Concept-adviesaanvraag Adviesaanvraag Nationale Raad Volksgezondheid Adviesaanvraag Gezondheidsraad	" 36
Bijlage II	Gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen door ouderen	" 43
	Inleiding	" 1
	Demografische ontwikkeling	" 2
	Huisartsenzorg	" 6
	Wijkverpleging	" 9
	Ambulante geestelijke gezondheidszorg	" 11
	Ziekenhuis	" 14
	Verpleeghuis	" 16
	Kostenoverzicht	" 18

Verantwoording

Mede op verzoek van de organisaties van ouderen heeft de Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid het onderwerp "grenzen van de gezondheidszorg" in haar werkplan 1985 opgenomen.

Als eerste stap is door de NFB deze discussienota geschreven met als enig doel de materie meer toegankelijk te maken voor hen, die geen specifiek medische of gezondheidskundige achtergrond hebben.
Indien in tweede instantie de organisaties van ouderen zich werkelijk met het vraagstuk rond de grenzen van de gezondheidszorg gaan bezig houden, zou er een inventarisatie gemaakt moeten worden van standpunten en adviezen van andere organisaties en zou er een nieuwe nota "Grenzen aan de gezondheidszorg vanuit de invalshoek van ouderen" geschreven moeten worden, die niet meer vertrekt vanuit een "leken-perspektief"
Nogmaals: deze discussienota heeft geen andere pretentie dan de thematiek voor de oudere meer toegankelijk te maken.

Voorwoord

In de notitie "Grenzen aan de gezondheidszorg en ouderen" worden vijf grenzen bekeken vanuit het belang van de ouderen. In aparte bijlagen worden de concept-adviesaanvrage van staatssecretaris v/d Reyden over dit onderwerp opgenomen (brief aan de Tweede Kamer) en de definitieve adviesaanvragen aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad. Tenslotte wordt een bijlage gewijd aan cijfers over het gebruik van de gezondsheidszorg door ouderen.

Hoofdstuk I

Inleiding

Gezondheid

Steeds meer mensen in Nederland vinden een goede gezondheid het belangrijkste in hun leven (1966: 35%; 1983: 52%).
In 1983 maakte bijna 30% van de Nederlanders zich zorgen over zijn of haar gezondheid.
De zorg voor de gezondheid is dan ook een veel voorkomend onderwerp in dagelijkse gesprekken, op de radio en televisie, in weekbladen en kranten.
Zowel de alledaagse zorg (voeding, trimmen, diëten) als de meer professionele zorg (huisartsenbezoek, opheffen van een ziekenhuis, harttransplantaties) krijgen uitgebreide aandacht.
Nu is er de laatste halve eeuw ontzettend veel veranderd op dit terrein: steeds meer en beter ingerichte ziekenhuizen, nieuwe medicijnen kwamen op de markt, een schrijnend huisartsentekort veranderde in werkloosheid bij artsen en het lijkt wel of alles mogelijk is: reageerbuisbabys, harttransplantaties, ingewikkelde hersenoperaties. Er zijn niet alleen positieve ontwikkelingen, maar ook negatieve: het ontstaan van nieuwe, tot nu toe onbekende ziekten (AIDS), het voorkomen van vele gevallen van medicijnvergiftiging, het ontwikkelen van resistentie door bepaalde bacterieën en virussen tegen medicijnen. Er zijn ontwikkelingen waar sommigen grote vraagtekens bij zetten: abortus en

euthanasie. En velen maken zich zorgen over het geld dat ermee gemoeid is, zowel individuele burgers die ziek worden als verzekeringsmaatschappijen en overheid.

Grenzen

Sinds enige jaren is er dan ook een discussie ontstaan over dit soort vragen: over het geld, over hoever een arts mag gaan met zijn medische ingrepen, over euthanasie, over de vraag of je alle ziekenhuizen in de binnenstad van Amsterdam wel mag sluiten en ze in de buitenwijken neerzetten. Er komt een nieuwe, andere discussie over de grenzen van de gezondheidszorg. Was vroeger de vraag aan de orde hoe je die grenzen kon overschrijden en verleggen, nu gaat het erom ze te trekken en te bewaken.

Adviesaanvragen

Op 3 november 1983 schreef de staatssecretaris van WVC aan de Tweede Kamer dat hij van plan was advies te vragen aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad over de grenzen van de gezondheidszorg. Van der Reyden onderscheidt in zijn adviesaanvraag vijf grenzen: wat is de ondergrens van wat je nog gezondheidszorg kunt noemen, wat is nog ethisch verantwoord, wat is technologisch nog mogelijk, wat is nog te betalen en tot hoever moet de overheid gaan? Anders gezegd: de ondergrens, de grens van het ethisch toelaatbare, de grens tussen effectieve en doelmatige en niet (meer) effectieve en niet (meer) doelmatige zorg, de grens van het financierbare en tenslotte de grens van de grondwettelijke plicht van de

overheid.
Of met andere woorden:
Welke alternatieve geneeswijzen horen tot de gezondheidszorg en hoort de pedicure of schoonheidsverzorging ertoe? Moet euthanasie wettelijk geregeld worden en hoe kies je patienten voor bijvoorbeeld harttransplantaties als de vraag groter dan het aanbod is?
Wat is de gezondsheidswinst voor een zieke als je nog meer dure, geavanceerde technologische apparaten rond zijn bed zet? Moet er bezuinigd worden en zo ja, waarop? Als de overheid de plicht heeft de gezondheidszorg te bevorderen (volgens art. 22 van de Grondwet), betekent dat dan in iedere stad een ziekenhuis en betekent dat een voldoende inkomen zodat mensen 't ziek-zijn ook kunnen betalen?

Welnu, die discussie over de grenzen van de gezondheidszorg wordt eigenlijk permanent gevoerd door de overheid, de ziekenfondsen, de Nationale Ziekenhuisraad, de beroepskrachten. En af en toe komt die discussie in de schijnwerpers en neemt het grote publiek eraan deel:
Als in Amsterdam de ziekenhuizen in de binnenstad gesloten worden, als de eerste harttransplantatie wordt verricht, als een euthanasie-proces wordt gevoerd, bij het wel of niet fluorideren van het drinkwater en bij de vraag of abortus in het ziekenfondspakket moet worden opgenomen.

Betrokkenheid van ouderen

Deze notitie is een poging om deze discussie te beschrijven vanuit de invalshoek van ouderen. Daar zijn een aantal redenen voor:

- ouderen zijn "grootverbruikers" van gezondheidszorg en dus wordt het probleem van de betaalbaarheid ten onrechte vaak uitsluitend gekoppeld aan de vergrijzing van de Nederlandse bevolking.
- In de organisaties en adviesraden waar officieel deze discussie gevoerd wordt, zijn ouderen vrijwel afwezig, terwijl hij in hun eigen organisaties nog nauwelijks leeft.
- Als er grenzen getrokken moeten worden, is het belangrijk dat deze door alle betrokken partijen worden vastgesteld. Bovendien komen grenzen anders te liggen, als er door meer partijen over besloten wordt.
- Bij de openbare discussie over dit onderwerp en zeker als deze in de media wordt gevoerd, is het bijna een automatisme dat de positie van ouderen in het geding is:

x het euthanasie-vraagstuk wordt niet zelden verengd tot euthanasie bij ouderen;

x kort na de eerste harttransplantatie stonden er in diverse kranten al uitspraken over de maximum-leeftijd waarop zo'n dure operatie nog rendabel was;

x de Haagse Post vatte het dilemma als volgt samen: Moet een hartpatient van tachtig maar gewoon opgegeven worden om er een van vijftig te redden?

In de vijf volgende hoofdstukken worden de vijf grenzen behandeld, waarbij speciaal gelet wordt op de betrokkenheid van de ouderen. De volgorde van de concept-adviesaanvraag van Van der Reyden wordt aangehouden.

In deze inleiding moet toch ook melding gemaakt worden van een opvallend gemis in de discussie, zoals die door de adviesaanvraag in gang is gezet. Het terrein van de preventie ontbreekt geheel, terwijl het toch een belangrijk deel van de gezondheidszorg is. Het zou wel eens zo kunnen zijn dat een beperking van het "genezen" alleen te bereiken is door het "voorkomen" uit te breiden.

Hoofdstuk II

De "ondergrens"

Het gaat hier om de grens tussen wat nog wel en wat niet meer gezondheidszorg kan worden genoemd. Aan wat we de onderkant van de professionele, formele gezondheidszorg noemen, spelen zich voortdurend allerlei schermutselingen af. Op twee aspecten van de ondergrens gaan we nader in. Eerst de grens tussen de formele gezondheidszorg, die door beroepskrachten wordt verleend en de informele zorg, die mensen zichzelf en elkaar geven. Daarna wordt gekeken naar de grens tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

De scheiding tussen nulde, eerste en tweede lijn

Het eerste aspect betreft de grens tussen de eerste en tweede lijn aan de ene kant en de nulde lijn aan de andere. Tussen datgene waar de samenleving organisatorisch en financieel voor verantwoordelijk is en datgene dat iedere burger zelf moet en kan doen, de zelfzorg en de mantelzorg. De overheid probeert deze ondergrens zo hoog mogelijk te leggen en dus het gebied van de zelfzorg en mantelzorg zo groot mogelijk te maken. Ouderen hebben veel te maken met die informele hulp, als gever en als ontvanger. Bijna de helft van de hulp aan ouderen bestaat uit informele hulp, terwijl bij ouderen het hoogste percentage te vinden is van mensen die vrij-

willigerswerk doen voor bejaarden en gehandicapten. Juist voor ouderen is het belangrijk dat de grens tussen informele en formele zorg zeer zorgvuldig getrokken wordt en dat daarbij rekening wordt gehouden met toekomstige ontwikkelingen van de mantelzorg.

Om verschillende redenen zal het met name voor ouderen moeilijker worden om een beroep te doen op de mantelzorg.* Voor het herstel van het bedrijfsleven en voor het bevorderen van de economische groei is de mobiliteit van de arbeid belangrijk (vgl. de opmerkingen van minister Ruding over de afkeurenswaardige houding van werklozen om liever bij Tante Truus te blijven dan elders werk te gaan zoeken). Maar die mobiliteit van arbeid belemmert een terugkeer van het gezinsleven en betekent dat primaire sociale structuren teniet worden gedaan. Een andere reden voor het minder worden van de mantelzorg is de bevolkingsontwikkeling. In 2000 is een kwart van de ouderen kinderloos en heeft de overige 75% hoogstens 1 of 2 kinderen om hulp van te krijgen. Een derde oorzaak is de verandering van de sociale contacten: door de toegenomen mobiliteit en de bereidheid te verhuizen worden de sociale contacten steeds korter, terwijl ze in meer verschillende kringen gelegd worden. Mensen met wie men werkt zijn andere dan bij wie men in de buurt woont, of met wie men aan ontspanning doet.

*Noot: mantelzorg is de informele hulp van familie, buren e.d.

Daardoor wordt het moeilijker om sociale verbanden te scheppen, waar men langdurig onderlinge hulp mee kan uitwisselen. Die hulp zal wel blijven bestaan, maar is vooral beschikbaar voor mensen die er eigenlijk het minst een beroep op hoeven te doen, namelijk mensen met werk en een gezin. Terwijl die drie oorzaken (er zijn er meer te noemen) vooral ten nadele van de mantelzorg voor ouderen zullen werken.

Op zich is het terecht om grote nadruk te leggen op de zelfzorg, op de verantwoordelijkheid van de mensen voor hun eigen gezondheid. Maar niet vergeten mag worden dat de mate waarin iemand aan die eigen verantwoordelijkheid gestalte kan geven, sterk afhankelijk is van zijn mogelijkheden heer en meester te zijn over zijn eigen leven en omstandigheden en van zijn gevoel van zelfbeschikking. Zolang ouderen een niet-evenwaardige positie in onze samenleving hebben, zolang ze van alle kanten betutteld worden, geen plek hebben in het arbeids-en onderwijsbestel, nauwelijks meespelen in de politiek, kan men niet verwachten dat ze de zorg en verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid wel volledig op zich nemen. De versterking van de zelfzorg is een bijna automatisch "bij-produkt" van de geslaagde emancipatie en de verbetering van de marginale positie van ouderen. De wil om gezond oud te worden is sterker en effectiever naarmate het oud worden op zich zinvoller en bevredigender is.

Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening

De ondergrens heeft niet alleen te maken met het onderscheid tussen formele en informele gezondheidszorg, maar ook met dat tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, tussen verpleeghuis en verzorgingstehuis, tussen kruiswerk en gezinsverzorging, huisarts en maatschappelijk werkende. Het gaat hier om het feit dat de gezondheidszorg in het verleden ook aan de ondergrens steeds weer terreinwinst bleek te boeken. De Nota "Volksgezondheid bij beperkte middelen" spreekt over het probleem van de medicalisering van de samenleving. Allerlei beroepen en handelingen zijn in de afgelopen decennia binnen de medische sector gebracht. In het recente verleden is te wijzen op de Bureaus voor Levens-en Gezinsvragen en op opvoedkundige adviesbureaus die bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn gevoegd en daardoor binnen het medische circuit kwamen. Je ziet dat verpleeghuis en verzorgingstehuis naar elkaar toeschuiven; er verschijnen artikelen over de gedeeltelijke uitwisselbaarheid van bewoners; er is een adviesaanvraag over de samenwerking tussen beide instituten; advertenties voor directeuren van verzorgingstehuizen verschijnen geregeld al in de rubriek "functies in de gezondheidszorg"; er wordt over gedacht om de functie van medisch adviseur en directeur te combineren tot medisch directeur; er gaan stemmen op om het verzorgingstehuis (of althans een deel van het pakket) onder de AWBZ te brengen.

In de eerste lijn wordt er een samenwerkingsproces tot stand gebracht, dat mogelijk zal eindigen in het samenbrengen van huisarts, kruiswerk, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk in één organisatie.

De angst voor en de terughoudendheid ten opzichte van het medische regime, die tot voor kort in de sector van de maatschappelijke dienstverlening aanwezig was, is veranderd in een streven naar de wettelijke en financiele veiligheid van het gezondheidsnest.

Op het eerste gezicht lijkt deze gebiedsuitbreiding voor de oudere alleen maar voordelen te hebben: er is een betere samenwerking, geen hiaten tussen de diverse voorzieningen, een duidelijk eenvormig wettelijk en in de toekomst zelfs financieel kader*, de overstap van de ene voorziening naar de andere gaat soepeler.

Hoewel ouderen grootgebruikers zijn van beide systemen, moet niet vergeten worden dat de positie van de oudere in de gezondheidszorg een andere is dan die in de maatschappelijke dienstverlening. Niet alleen is de machtbalans tussen oudere en welzijnswerker meer in evenwicht dan die tussen oudere en medicus, ook is de maatschappelijke dienstverlening veel meer vermaatschappelijkt door o.a.

*WGMD: Wet op de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening.

inspraak, medezeggenschap, klachtprocedures en aandacht voor privacy. Ouderenbonden fungeren al wel als clientenorganisaties, maar niet als patientenorganisaties.
De afhankelijkheid van ouderen ten opzichte van medici is groter dan die ten opzichte van welzijnswerkers, terwijl bovendien in de maatschappelijke dienstverlening meer het accent wordt gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van ouderen en op de bevordering van hun zelfstandigheid, omdat ze dan meer betrokken zijn bij de voortgang van het hulpverleningsproces.
Nogmaals, gebiedsuitbreiding van de gezondheidszorg ten koste van de maatschappelijke dienstverlening hoeft op zich geen probleem te zijn en zou zelfs voordelen voor de cliënt/patient kunnen hebben, maar wel moeten dan waarborgen aanwezig zijn dat de positie van de oudere hulpvrager daardoor niet nadelig beinvloed wordt.

Deze twee ondergrenzen, die ten opzichte van de informele gezondheidszorg en die ten opzichte van de maatschappelijke dienstverlening, zijn het meest relevant en in het bijzonder voor ouderen van groot belang. We beperken ons dan ook tot deze twee en laten vraagstukken over de afbakening ten opzichte van zielzorg, onderwijs, veiligheidszorg, alternatieve geneeswijzen en randverschijnselen zoals pedicure en schoonheidsverzorging buiten beschouwing.

Hoofdstuk III

De ethische grens

Dit hoofdstuk behandelt de grens tussen wat ethisch nog wel en wat niet meer toelaatbaar moet worden geacht.
Twee aspecten ervan zullen hier behandeld worden: euthanasie en prioriteitsstelling.
Euthanasie heeft in veel gevallen aanleiding gegeven tot sensationele journalistiek, zowel van kranten en weekbladen als van radio en televisie. Soms lijkt het er wel eens op dat het de voornaamste reden is om aandacht aan ouderen te besteden. Maar niet alleen via deze berichten worden ouderen met euthanasie geconfronteerd, velen krijgen er in het dagelijks leven mee te maken doordat ze nadenken over de eigen eindigheid of op de hoogte zijn van deze vragen bij familie, vrienden of bekenden.
Uit onderzoek blijkt dat 18% van de 65-plussers in zijn omgeving wel eens een geval van euthanasie heeft meegemaakt.
Het tweede ethische dilemma is de prioriteitsstelling: wie komt voor een bepaalde behandeling in aanmerking als er maar een beperkt aanbod is en is het juist dat een enkeling zeer kostbare zorg krijgt als daardoor anderen goedkopere zorg niet kunnen krijgen vanwege de beperkte financiële ruimte.

Euthanasie

Nu zal de ethische grens er een zijn die per definitie nooit eens en voor altijd vastgesteld kan en mag worden. Op beleidsniveau en in de wet kunnen bepaalde aanwijzingen gegeven worden, maar in de praktijk, op individueel niveau is er een permanente discussie, toetsing en bijstelling nodig. Ethische normen moeten steeds van geval tot geval opnieuw worden bekeken en gewogen tegen de achtergrond van de betrokkenen. Naarmate de medische wetenschap de laatste decennia de kennis heeft om levensverlengende handelingen te verrichten, is ook het vraagstuk van de euthanasie opgekomen. De publieke opinie verandert snel: was in 1966 nog de helft van de Nederlandse bevolking tegenstander van de dood op verzoek, in 1983 vinden bijna 9 van de 10 mensen euthanasie onder bepaalde omstandigheden geoorloofd. Steeds meer artsen krijgen ermee te maken. Toen Infomarkt in 1984 huisartsen ondervroeg, bleek dat 7 van de 10 er de voorbije twee jaren mee geconfronteerd waren geweest. De ethicus Kuitert zegt erover dat een samenleving die niet van euthanasie wil weten, nooit had mogen beginnen aan de huidige gezondheidszorg.

Nu ook de Staatscommissie Euthanasie met haar eindrapport is gekomen, waarin zij adviseert over de mogelijke aanpassing van de strafwet, ziet het er naar uit dat in de komende jaren een bepaalde beperkte legalisering zal plaats vinden.

Over euthanasie als individuele beslissing van een patient kan geen enkele niet-betrokkene of organisatie iets zeggen. Wel over euthanasie als maatschappelijk gebeuren en wel over het klimaat waarin de beslissingen genomen worden. Hoewel de mens het recht heeft om te sterven, is het een beslissing die individueel en in absolute vrijwilligheid genomen moet worden. Die absolute vrijwilligheid moet voortdurend uitgangspunt blijven, want het is denkbaar dat op iemand die ziek en hulpbehoevend is bewust of onbewust, toch druk wordt uitgeoefend. Zulke mensen kunnen zich tot last van iedereen voelen en daar schuldgevoelens over hebben.

Eveneens zal er ernstig voor gewaakt moeten dat de vrijwilligheid afglijdt van uitdrukkelijk uitgesproken naar verondersteld, dat maar aangenomen wordt dat er van vrijwilligheid sprake is, tenzij de patient dit ontkent en tegenspreekt.*

Tenslotte nog een opmerking over het kli-

*Noot: Hoewel de vergelijking twee totaal verschillende levenssferen omvat en daardoor ongepast kan lijken:
Voorkomen moet worden dat de vrijwilligheid van de mens tot sterven, hetzelfde lot ondergaat als de vrijwilligheid, die vanaf het begin verbonden was aan het uittreden uit het arbeidsproces en die nu dreigt te verworden tot een "ouderen maken plaats voor jongeren".

maat waarin de beslissingen genomen moeten worden. In de meeste verpleeghuizen en verzorgingstehuizen is euthanasie moeilijk openlijk bespreekbaar. De staf en het bestuur is er nogal eens tegen vanwege de slechte naam die men vreest te krijgen, om onrust bij de bewoners te voorkomen of omdat het niet past in de levensovertuiging.

In de pers breed uitgemeten voorvallen zoals de zaak "De Terp", zorgen er ook niet voor dat euthanasie bespreekbaar wordt in tehuizen. De ethicus Kuitert houdt in Trouw (29-6-'84) een pleidooi voor het bespreekbaar maken en uit de schemer halen van euthanasie in inrichtingen. Daardoor kan veel onzekerheid en onnodige angst worden weggenomen, want er wordt onderhands toch wel over gepraat. De zaak De Terp zal die angst en onzekerheid dan niet onnodig kunnen vergroten.*

Prioriteitstelling

Het tweede aspect van de ethische grens betreft de prioriteitsstelling in het geval dat de vraag het aanbod overtreft. Of anders gezegd: wie komt voor niertrans-

* Speculerend op deze angst stuurde een directeur van een verzorgingstehuis een brief naar bewoners van aanleun-woningen en naar inwoners van De Terp, waarin hij hen uitnodigde naar zijn tehuis te verhuizen, als ze bang geworden waren voor onvrijwilige euthanasie.

plantatie in aanmerking.

Het is geen ongewone situatie dat de vraag naar een bepaalde gezondheidsvoorziening het aanbod overtreft. Keuzes over wie wel en wie niet te behandelen moeten dan ook frequent gemaakt worden. Er is eigenlijk geen criterium voor-handen dat op medische gronden uitsluitsel geeft. Natuurlijk, alleen mensen met zeer ernstige aandoeningen komen in aanmerking. Maar dan? De patient moet fysiek en geestelijk in staat zijn de operatie en de nabehandeling te ondergaan. Maar hoe wordt dat bepaald? In Amerika komen mensen die ooit psychiatrisch zijn behandeld daarom niet in aanmerking voor een harttransplantatie. Evenmin als alleenstaanden, omdat die niet beschikken over de nodige opvang in de thuissituatie. Prof.dr. Huysmans, lid van het team dat de eerste harttransplantatie uitvoerde, zegt in een interview in De Tijd op de opmerking dat het nu nog onmogelijk is om een psychosociaal profiel op te stellen van een transplantatiepatient: "Het is inderdaad gokwerk". Maar verder in dit interview blijkt toch dat het niet helemaal gokwerk is. Dan blijkt dat de maatschappelijke positie van de patient wel degelijk gebruikt wordt als selectie-criterium.

Dat betekent dat in onze samenleving de oudere in het nadeel is, omdat nu eenmaal in onze cultuur de ouderdom veel aan maatschappelijke waarde heeft ingeboet. Het is de plicht van de maatschappij om met een lijst van criteria te komen en het is zaak voor organisaties van ouderen zich te mengen in de discussie.

Hoofdstuk IV

De grens tussen effectieve en niet meer effectieve zorg, daaraan verwant de grens tussen al dan niet doelmatige zorg.

Deze grens bepaalt tot waar medische technologieën nog effect hebben, wat in de samenleving de behoefte is aan nieuwe medische technieken en wat de verhouding is tussen de maatschappelijke baten en kosten.
De samenleving heeft de mogelijkheid sturend, remmend en stimulerend op te treden bij de richting waarin de gezondheidszorg zich ontwikkelt. De overheid heeft al wettelijke richtlijnen uitgevaardigd om bepaalde kostbare, zeer geavanceerde medische technologie te regelen. Het betreft hier bijvoorbeeld hartchirurgie, C.T.scanners en chronische nierdialyse. Besturen van universiteiten en ook de Minister van O & W kunnen bepaalde onderzoekslijnen uitzetten, ombuigen of afkappen.

Criteria

Om beslissingen over deze grens te kunnen nemen, noemt de Harmonisatieraad een viertal criteria:

- effectiviteit: geneest een behandeling de patient of verzacht hij zijn lijden; hoeveel tijd wordt toegevoegd aan de levensduur van de patient.
- nut: om hoeveel patienten gaat het; wat zijn de gevolgen van de ziekte voor de gemeenschap; vergroot de behandeling de kwaliteit van het

bestaan of verlengd hij alleen maar het leven; is de ziekte het geisoleerde probleem van een enkeling of is het een onderdeel van een patroon (bv ouderdoms ziekten)?

- kosten: zijn de behandelingskosten hoog of laag?
- bevordering zelfstandigheid: draagt de behandeling bij tot de zelfstandigheid van de patient en is hij gericht op de versterking van de thuiszorg?

Deze criteria kunnen wel meehelpen bij het nemen van beslissingen, toch zullen ze uiterst omzichtig gehanteerd moeten worden en met name vanuit het standpunt van de ouderen valt er wel iets over te zeggen.
Zo zou het criterium van de hoeveelheid jaren die worden toegevoegd aan de levensduur in het nadeel van ouderen kunnen werken. Immers het genezen van ziekten die men in het algemeen op hoge leeftijd krijgt, voegt weinig toe aan de gemiddelde levensduur van de bevolking. De vraag of een behandeling een ziekte geneest of alleen maar verzacht, roept de opmerking op dat de meeste chronische, invaliderende ziekten niet te genezen zijn, maar hooguit te verzachten en draagbaar te maken.

Dementie als voorbeeld

Ten aanzien van effectiviteit en nut is het leerzaam om de problemen rond dementie wat verder uit te werken. Dementie komt nu zoveel voor dat al gesproken wordt van epidemische vormen en volksziekte

nummer één. Recent Engels onderzoek wijst uit dat 6% van de mannen en 10,7% van de vrouwen boven de 62 lijden aan de ziekte van Alzheimer, de meest voorkomende vorm van dementie. Toch staat het medisch-biologisch onderzoek naar oorzaak en behandelwijze nog in de kinderschoenen en is de omvang van dit onderzoek gering te noemen in vergelijking met onderzoek naar hartziekten en kanker. Huysmans zegt over preventief onderzoek naar hart-en vaatziekten: "De afgelopen jaren waren er massa's geld (...) het was soms niet op te krijgen". Een aktie rond kinderkanker (Geven voor Leven) brengt 15 keer zoveel op als het totale budget waarmee de SOOM gedurende 5 jaar gerontologisch onderzoek moet financieren en waarvan maar een deel bestemd is voor het totale medisch-biologisch onderzoek. Dementieonderzoek staat in de kinderschoenen. Zo is tot nu toe door universiteiten en overheden niet voldoende prioriteit toegekend aan een hersenbank en faciliteiten rond proefdieren. De maatschappelijke behoefte kan bij kanker en hartziekten tot uitdrukking komen via het Koningin Wilhelmina Fonds, de Hartstichting en patientenverenigingen, terwijl er rond dementie nooit pressiegroepen ontstaan zijn. Over het algemeen gaat ook de pharmaceutische industrie pas onderzoek op een bepaald terrein doen als de samenleving zelf aangeeft dat er behoefte aan is.

(Recentelijk is trouwens de Alzheimer Stichting opgericht, nog niet bekend is of deze zich zal ontwikkelen als de Hartstichting, Nierstichting, e.a.)

Hoewel de gevolgen van dementie voor de maatschappij aanzienlijk zijn (hier wordt afgezien van het persoonlijke lijden), men hoeft slechts te denken aan de verpleeg- en verzorgingskosten, is het de vraag wat het maatschappelijk nut is van het kunnen genezen van deze ziekte. De kwaliteit van het individuele leven zal er zeker mee verhoogd worden, maar de gezondheidszorg zal er in totaliteit minder voordeel van hebben dan bij het kunnen genezen van andere ziekten. Mensen die aan een vorm van dementie lijden zijn over het algemeen hoogbejaard, terwijl bovendien een deel van hen tevens lichamelijke afwijkingen heeft. Bij genezing zal een deel doorstromen naar een somatisch verpleeghuis, een deel naar het verzorgingstehuis en zal een deel extramurale verzorging nodig hebben. Slechts een kleiner deel krijgt volledige zelfstandigheid terug.
En omdat het veelal hoogbejaarde mensen betreft, zal er ook weinig toegevoegd worden aan de levensverwachting.

Aan de hand van dit wat verder uitgewerkte voorbeeld kunnen we zien dat het uiterst ingewikkeld is om grenzen te trekken aan de hand van maatschappelijke behoeften en maatschappelijk nut en dat dit nauw verweven is met het probleem

van de maatschappelijke positie van een patientengroep, met hun leeftijd, hun aanzien en hun macht.

Tenslotte willen we hier wijzen op de wet van de toe- en afnemende meeropbrenst. Bij kanker en hart- en vaatziekten is het zo dat er reeds een grote hoeveelheid geld en energie (zeker internationaal) in gestoken wordt, zodat een toename van dat geld en die energie slechts tot een onevenredig klein resultaat zal leiden. Bij dementie geldt nog het omgekeerde en staan onderzoek en therapie nog zo aan het begin dat een onevenredig groot resultaat verwacht mag worden van extra inspanningen.

Hoofdstuk V

De grens tussen financierbare en niet meer financierbare zorg

Deze grens is de meest besprokene en nogal eens wordt de problematiek rond de vijf hier behandelde grenzen teruggebracht tot een geldkwestie. Meteen wordt dan maar een tweede versimpeling aangebracht, waarbij ouderen als grootgebruikers van gezondheidszorg de schuld ervan krijgen dat de kosten opgelopen zijn tot 33 miljard per jaar, d.w.z. 10% van ons nationaal inkomen. (Dit "beschuldigen van het slachtoffer" is een vaker voorkomend en in de sociologie beschreven verschijnsel: zo kregen de zwarten in Amerika de schuld van de rassendiscriminatie, zo is men in Nederland nogal eens geneigd om aan de buitenlanders de schuld van vreemdelingenhaat te geven)

Financiering

In een aparte bijlage wordt aangetoond dat ouderen inderdaad relatief veel gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen, maar het is goed eerst te bezien wat de oorzaak van de enorme kosten zijn. Het rapport van de Harmonisatieraad beschrijft het bestaande systeem als volgt (globaal en niet voor iedereen geldend): Mensen verzekeren zich tegen bepaalde gezondheidsrisico's die in principe iedereen loopt. Aangezien

de meeste mensen verplicht verzekerd zijn en de werkgever de premie op het inkomen van de werknemer inhoudt, is de band tussen betaling en het gebruik van voorzieningen onzichtbaar.* Allen die verplicht verzekerd zijn hebben in principe recht op eenzelfde verstrekkingenpakket. Diegenen die verplicht verzekerd zijn krachtens de Ziekenfondswet betalen naar verhouding dezelfde, inkomensafhankelijke premie voor ongelijke risico's (solidariteit). Een groot deel van de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg kan de verrichtingen declareren, d.w.z. in principe worden alle verrichtingen vergoed. Tenslotte heeft een groot deel van de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg financieel belang bij de omvang van de verstrekte zorg.

In deze korte beschrijving zitten de meeste elementen, die de (on)betaalbaarheid van de gezondheidszorg bepalen. Voorop gesteld moet worden dat ieder mens, dus ook iedere oudere, en zeker een zieke zijn gezondheid enorm belangrijk vindt en daar veel (ook veel geld) voor over heeft.

* Dit geldt trouwens ook voor vele particulier verzekerden, bij wie de verzekering via het bedrijf loopt en bij wie een zelfde automatische inhouding gebeurt.

Bezuinigingen aan vraagzijde of aan aanbodzijde

De betaalbaarheid van de gezondheidszorg is te beinvloeden aan de vraagzijde, bij de patienten en aan de aanbodzijde, bij de medische wereld. De maatregelen die tot nu toe genomen worden betreffen vooral de vraagzijde, waarvan ouderen nu eenmaal een groot deel uitmaken. Zo zijn de afgelopen tijd de premie en het eigen risisco voor een aantal voorzieningen verhoogd en moeten meer eigen bijdragen betaald worden. Niet alleen worden de ouderen hierdoor onevenredig belast, maar sleutelen aan de patientenkant, zonder tegelijkertijd iets te doen aan de medische kant, de aanbodzijde, is dweilen met de kraan open. Willen beperkende maatregelen succes hebben, dan zullen tegelijkertijd stappen genomen moeten worden om budgetfinanciering in te voeren (waardoor niet iedere verrichting automatisch gedeclareerd kan worden, maar waarbij een van te voren vastgesteld budget beschikbaar is). Daarnaast moet het financiële belang van medici bij de omvang van de verstrekte zorg verdwijnen.

Interessant is het om te zien dat de kosten van de gezondheidszorg maar in zeer beperkte mate beinvloed worden door demografische ontwikkelingen, waaronder de vergrijzing.

Als we 1970 als peiljaar nemen en de uitgaven berekenen in prijzen van 1970, dan zijn de totale kosten in de periode 1970-1981 gestegen met 92%. Als we echter alleen kijken naar de stijging van

de kosten door het grotere gebruik, dan zouden de kosten met slechts 23% gestegen zijn. En als we alleen kijken naar de demografische ontwikkeling, dan verklaart deze ongeveer 11% van de stijging van de kosten.
We zien dus dat de kosten tussen '70 en '81 gestegen zijn met globaal 90%. Hiervan kan maar ongeveer 10% verklaard worden door de vergrijzing, althans door de demografische ontwikkelingen.
De overige 80% komen door oorzaken als:
- sterke uitbreiding van het aanbod van voorzieningen,
- aanschaf van dure en geavanceerde medische apparatuur,
- verruiming van personeelsrichtlijnen
- de stijging van de nominale loonsom per werknemer in de intramurale sector was tussen '70 en '80 hoger (9,9%) dan de stijging van het prijspeil van de gezinsconsumptie (7,5%).

Bezuinigingen door emancipatie

Voor ouderen en voor organisaties van ouderen is met name het volgende punt van belang, wil men ooit komen tot een vermindering en selectiever gebruik van de gezondheidszorg.
Ondanks het gebruik allerlei naslagwerken, van medische encyclopedieën en gezondheidsvoorlichting kan de gewone mens de moderne ontwikkelingen in de gezondheidszorg nauwelijks meer bijbenen en dreigt hij op medisch gebied een "analfabeet" te worden. Daarnaast is het contact tussen patient en medisch deskundige er bepaald niet een op voet

van gelijkwaardigheid. Te weinig krijgen mensen het gevoel dat ze zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid en tenslotte moeten steeds meer ouderen wel bij de gezondheidszorg voor hulp aankloppen omdat alternatieven voor hulp voor hen aan het verdwijnen zijn, namelijk de hulpmogelijkheden van familie-, gezins-en buurtgemeenschappen. Dat betekent dat mogelijkheden om het gebruik van de gezondheidszorg aan de gebruikerskant te beperken voornamelijk buiten de gezondheidszorg te vinden zijn. Allereerst zijn daar factoren als een goede huisvesting en een voldoende inkomen. Ook behoren daartoe de emancipatie van ouderen en een maatschappelijk zinvolle invulling van de derde levensfase, waardoor de oudere weer zelf verantwoordelijk wordt voor de vooruitgang van het hulpverleningsproces en voor zijn eigen gezondheid. Ouderen-organisaties moeten zich gaan opwerpen als of samenwerken met patienten-organisaties en het "gezondheidsanalfa-betisme" van hun leden verminderen. Daardoor kan er een meer gelijkwaardige verhouding komen tussen oudere en medi-cus. Er moet gezorgd worden voor het uitbreiden of opnieuw ontwikkelen van informele hulpnetwerken, zodat de oudere niet meer bij iedere hulpvraag wel noodgedwongen in het formele zorg circuit terecht komt.

Afsluitend zullen de ouderenorganisaties ervoor moeten ijveren dat het beeld van ouderen als opjagers van de kosten en als onevenredig grote verbruikers bestreden wordt.

Hoofdstuk VI

De grens van de plicht van de overheid tot bevordering van de gezondheidszorg

Artikel 22, lid 1, van de Grondwet luidt: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid".
Deze plicht van de overheid wordt over het algemeen in drie aspecten uitgedrukt:
1) De overheid moet de kwaliteit van de zorg bewaken.
2) De overheid moet zorgen voor geografische bereikbaarheid.
3) De overheid moet zorgen voor financiële bereikbaarheid.

Kwaliteit van de zorg

De kwaliteit van de zorg wordt door de overheid bewaakt door regelgevingen en wetten, waardoor controle op beroepsopleidingen en op het medisch handelen worden uitgevoerd. De kwaliteit wordt ook bewaakt doordat de overheid voor bepaalde medische studierichtingen het leerlingen- en studentenaantal regelt, bepaalde onderzoeksrichtingen stimuleert of medische specialismen erkent. In verband hiermee kan gewezen worden op de nog steeds onvoldoende hoeveelheid onderzoek die naar dementie wordt gedaan, terwijl een aantal voorwaarden daarvoor evenmin gerealiseerd zijn (hersenbank, proefdierfaciliteiten). Van belang is ook de trage gang van zaken rond de erkenning van het specialisme "geriatrie", die twintig jaar op zich heeft laten wachten, terwijl er nog steeds geen

gewoon hoogleraar is. Er is nu een part-time bijzonder hoogleraar in de medische gerontologie en geriatrie en op het moment van zijn benoeming (najaar '83) was hij nog twee jaar van zijn emeritaat verwijderd. Als de overheid haar plicht tot het bevorderen van de gezondheidszorg voor ouderen wil waarmaken, dan zal de geriatrie minstens een gewoon hoogleraar nodig hebben, die binnen een medische faculteit het onderzoek en onderwijs kan stimuleren.

Bereikbaarheid van de zorg

Geografisch

Voor wat betreft de geografische bereikbaarheid kunnen we kort zijn. Nederland beschikt over een uitgebreid net van gezondheidszorgvoorzieningen, zodat in ieder geval eerstelijnsvoorzieningen als huisarts en kruiswerk voor iedereen bereikbaar zijn. Wel moet hier een opmerking gemaakt worden over de discussie die gaande is rond de vraag of er meer centrale, grote instituten moeten zijn of juist kleinere, plaatselijke of regionale verpleeghuizen. Waarschijnlijk is het belang van ouderen het meest gediend met het laatste type, waarbij desnoods maar iets van medische top-zorg moet worden ingeleverd.

Naast de voordelen van een kleiner instituut, geldt de toegenomen geografische bereikbaarheid, hier op te vatten als het dichter bij huis en bij de bestaande sociale contacten kunnen leven.

In Amsterdam zijn in de afgelopen jaren

vrijwel alle ziekenhuizen uit de binnenstad verdwenen. Voor mensen die moeilijk ter been zijn, zich niet meer zo soepel in het verkeer bewegen en voor wie een taxi een te grote uitgave is, kan het een hele opgaaf zijn naar het AMC te moeten gaan. De ontwikkelingen waarbij ziekenhuizen steeds meer uit de wooncentra verdwijnen en naast de "weiland-supermarkten" komen te staan, is zeker voor ouderen geen gunstige.

Financieel

Het derde aspect van de plicht van de overheid betreft de financiële bereikbaarheid. Enerzijds heeft dit te maken met de samenstelling van het ziekenfondspakket en met de controle over de particuliere ziekenkosten-verzekeringen. Welke behandelingen moeten voor iedereen bereikbaar zijn en dus onderdeel vormen van het ziekenfondspakket?
Anderzijds heeft de overheid de plicht om ervoor te zorgen dat voor een ieder individueel goede gezondheidszorg financieel bereikbaar is. Een situatie die voor ouderen met alleen AOW of met AOW plus een klein pensioentje in steeds minder gevallen bestaat. Op 1 januari 1985 ontving een 65+ echtpaar met 1,25 x het minimum inkomen (ongeveer 60% van de ouderen zitten onder deze grens) per maand ongeveer f 2.000,-- netto. Alleen al aan de ziekenkostenverzekering betaalde het f 256,--. Als daar nog bijkomen eigen bijdrage (voor medicijnen, AWBZ-voorzieningen) en extra kosten die men nu eenmaal bij ziekte moet maken (openbaar

vervoer, taxi) dan kan men zich voorstellen dat voor ouderen de gezondheidszorg financieel buiten bereik dreigt te komen. Een gevolg van deze financiële onbereikbaarheid kan zijn dat men te lang wacht met een beroep te doen op medische hulp.

De ouderenorganisaties zullen de overheid duidelijk moeten maken dat zij, ook met betrekking tot de gezondheidszorg, als vertegenwoordigers van de ouderen en als behartigers van hun belangen optreden en dat de hier bedoelde plicht van de overheid ook ten aanzien van ouderen nagekomen moet worden.

Geraadpleegde literatuur:

- P. van der Maas, Mythen over vergrijzing en volksgezondheid, in T.v.Sociale Geneeskunde, 23/82
- Leeftijd, nr. 2/84 "De Gezondheidszorg"
- Interview prof. H.A. Huysmans, De Tijd, 28 juni 1985
- "De Grenzen van de gezondheidszorg" verslag gelijknamige congres 5 en 6 oktober 1984, Stichting Gezondheidszorg '82, Nunspeet
- Gezondheidszorgbeleid en ouderenbeleid, NFB, 1983
- "Haal in bejaardentehuizen euthanasie uit de schemer" artikel Prof.dr. H.M. Kuitert in Trouw, 29 juni 1984
- Fundamenteel ouderenbeleid, COSBO, 1984
- "Ouder worden in de toekomst", scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000, STG, Rijswijk, 1984
- Grenzen aan de zorg, themanummer T.v. Gezondheid en Politiek, 37/5, 3/1984
- De strijd om de macht in de gezondheidszorg, artikel in Parool, 6 april 1985
- De eindigende gezondheidszorg, artikel in Haagsche Post, 1 sept. 1984
- Grenzen van de gezondheidszorg, Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, nov. 1983
- Mantelzorg rond ouderen, artikel in Welzijnsmaandblad, 26 febr. 1985
- Mental illness and physical health in older people, Maule, Milne, Williamson; Age and Ageing, 1984, 13
- Volksgezondheid bij beperkte middelen, Ministerie W.V.C.

BIJLAGE I

CONCEPT-ADVIESAANVRAAG AAN DE GEZONDHEIDSRAAD EN DE NATIONALE RAAD OVER DE GRENZEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Al enkele jaren krijgt het thema grenzen van de gezondheidszorg politiek en maatschappelijk brede aandacht. Hoe dit vraagstuk aan te pakken en voor die aanpak contouren te ontwerpen is echter tot op heden niet voldoende uitgekristalliseerd. Dit is voor mij de reden om u over dit onderwerp advies te vragen.

Reeds in de memorie van toelichting van de begroting voor het dienstjaar 1979 van het toenmalige ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene komen de grenzen van de gezondheidszorg aan de orde. Ook in het voorlopige verslag naar aanleiding van het ontwerp van Wet voorzieningen gezondheidszorg roerde een aantal leden van de Tweede Kamer het onderwerp aan. De meeste aandacht voor de grenzen van de gezondheidszorg viel te beluisteren tijdens de jongste begrotingsbehandeling in de Tweede Kamer. Daarbij werd er op gewezen dat grenzen op grond van effectiviteitsargumenten kunnen worden gesteld, en dat niet alleen de financiën, noch alleen de medisch-technologische ontwikkelingen die grenzen mogen bepalen. Hoe en waar die grenzen getrokken moeten worden, kwalitatief en kwantitatief, is echter, zo werd geconstateerd, nog geen operationeel beleid. Ik heb bij die gelegenheid de Kamer toegezegd over de grenzen van de zorg advies te vragen.

Niet alleen politiek, maar ook maatschappelijk is er toenemende aandacht te constateren. Dit komt tot uiting in congressen, symposia en publikaties. Mijns inziens is dit een verheugende ontwikkeling welke verder gestimuleerd zou kunnen worden. Deze adviesaanvrage kan daartoe een bijdrage zijn. De problematiek waar het bij de grenzen van de zorgverlening om gaat ligt niet alleen in de ethische aanvaardbaarheid van de toepassing van medische technologie, maar omvat ook aspecten van effectiviteit en financiën. Daarnaast kunnen aan de grenzen van de zorg zowel kwalitatieve als kwantitatieve kanten onderscheiden worden. Ik meen dat dit complexe vraagstuk van de grenzen van de gezondheidszorg nader bestudeerd moet worden en, zoals ik nog zal toelichten, dat tevens advisering hieromtrent door zowel de Gezondheidsraad als de Nationale Raad wenselijk is. Ik stel mij voor in deze adviesaanvraag eerst nader in te gaan op een aantal mogelijke varianten in de benadering van de hiermee verbonden vraagstukken om daarna de vraagstelling «hanteerbaarder» te maken en toe te spitsen.

Ik onderscheid vijf soorten van grenzen van de gezondheidszorg.

1. De grens tussen wat nog wel en wat niet meer gezondheidszorg kan worden genoemd.

Bij deze definitiekwestie gaat het om allerlei afbakeningen ten opzichte van:

- andere sectoren, zoals maatschappelijke dienstverlening, zielzorg, onderwijs, veiligheidszorg, rechtshulp etc.;
- eigen, niet professioneel-medische activiteiten van mensen;
- alternatieve benaderingen, zoals gebruik van paranormale begaafdheden;
- (rand)verschijnselen zoals pedicure en schoonheidsverzorging.

Verder kan worden opgemerkt dat de begrippen gezondheid en gezondheidszorg in de tijd veranderingen ondergaan en dat deze begrippen ook voor verschillende bevolkingsgroepen in ons land verschillende betekenissen hebben.

Deze grensproblematiek is veelomvattend en zal door het tijdsbepaalde aspect nooit helemaal opgelost kunnen worden.

2. De grens tussen wat ethisch nog wel en wat niet meer toelaatbaar moet worden geacht.

Men kan onder de ethiek verstaan: bezinning op de moraal en morele vragen en problemen rond het handelen ter rechtvaardiging van dat handelen in de zin van «recht», «naar behoren» en «goed».

Bij overdenkingen rond de ethische grenzen van de gezondheidszorg kan men twee tegenoverliggende aspecten herkennen. Aan de ene kant een «bovengrens», waarbij de vraag geldt welk optimum aan zorg moet worden nagestreefd. Aan de andere kant een «ondergrens», waarbij het gaat om het minimum aan zorg, dat in ieder geval geboden moet worden.

Aan de grenzen van de zorg zal de vraag «wat is nog toelaatbaar» het ethische vraagstuk bij uitstek zijn. Dit doet zich voor op alle beslissingsniveaus in de gezondheidszorg, met name op microniveau bij beslissingen die genomen worden tussen twee personen bij voorbeeld de patient–arts, de patient–verpleegkundige of de arts-verpleegkundige. Een voorbeeld is de beslissing over het voortzetten van een behandeling als er geen resultaat lijkt te zijn. Een ander voorbeeld is de beslissing over de hoeveelheid technische, somatische verzorging tegenover menselijke zorg en medeleven.

Een van de meest klemmende ethische vraagstukken aan de grenze n de zorg is dat de inwilliging van de ene wens vaak ten koste gaat van de andere. Een voorbeeld hiervan is de zeer kostbare zorg voor een enkeling, welke goedkopere zorg aan anderen onthoudt bij beperkte financiën.

Bij de meningsvorming over deze vraagstukken dient men rekening te houden met in de maatschappij levende normen en opvattingen die echter per doelgroep zeer verschillend kunnen zijn, en in de tijd voor eenzelfde doelgroep ook kunnen veranderen.

3. De grens tussen effectieve en niet (meer) effectieve zorg, daaraan verwant de grens tussen al dan niet doelmatige zorg.

Het betreft hier enerzijds overwegingen betreffende de wetenschappelijk aantoonbare effecten (effectiviteit) en anderzijds de in de samenleving heersende opvattingen over het nut of de behoefte aan technologieen (maatschappelijke behoefte) alsmede de verhouding tussen maatschappelijk nut en kosten (doelmatigheid).

Het nut van geneeskundig ingrijpen moet systematischer en kritischer dan voorheen worden bezien. Het maakt hierbij in principe geen verschil of we «oude» dan wel «nieuwe» medische technieken of technologie beschouwen. Er zullen kosten-batenanalyses gemaakt moeten worden ter onderbouwing van het maatschappelijk nut. Er zal een systematische beoordeling van doelstellingen, bereikt resultaat en ingezette middelen moeten plaatvinden. Nagedacht zal moeten worden over de vraag op welke wijze hanteerbare doeleinden, gericht op het bereiken van een gewenst resultaat bij de bevolking of een categorie van patienten geformuleerd kunnen worden.

De wetgeving geeft de overheid de mogelijkheid om geavanceerde medische technologie te reguleren. Tot nog toe zijn richtlijnen uitgevaardigd met betrekking tot chronische nierdialyse, megavolttherapie, cytogenetische laboratoria, diagnostische en therapeutische nucleaire geneeskunde, angiocardiografie en hartcatheterisatievoorzieningen, thorax (hart) chirurgie en CT-scanners. Ik kom in mijn vraagstelling aan de Gezondheidsraad op deze materie terug.

Ik wijs verder op het vraagstuk van de afnemende meeropbrengst van de gezondheidszorg en dat van de gezondheidswinst van nieuwe of meer ingrepen.

Vanuit de stand der wetenschap gezien is het de vraag welke epidemiologische modellen inmiddels voorhanden zijn voor het bepalen van optima dienaangaande. Daarnaast zal – in een ander kader – moeten worden aangegeven hoe deze wetenschappelijke kennis organisatorisch doelmatig zal kunnen worden aangewend.

Het begrip afnemende meeropbrengst of gezondheidswinst is uiteraard niet waardevrij. Winst impliceert niet alleen het neutrale, wetenschappelijke begrip effect, maar ook het begrip positief effect. Wat voor de een winst is, bij voorbeeld langer kunnen leven, is voor de ander verlies; langer lijden. De grens tussen nuttige en nutteloze zorg wordt op het niveau van de gemeenschap anders getrokken dan op dat van het individu. In verband met de grote verschillen in individuele behoeften is het dan ook nogal moeilijk algemene grenzen te trekken. Hieraan gelieerd is het vraagstuk van de «kwaliteit van het leven» («quality of life») en de «naar kwaliteit gespecificeerde toegevoegde levensjaren» («quality adjusted life years»), welke begrippen nauw bij de beoordeling van gezondheidswinst worden betrokken, zonder dat ze echter voor wetenschappelijk onderzoek en kosten-batenanalyses operationeel gedefinieerd zijn.

4. De grens tussen financierbare en niet meer financierbare zorg.
Daarbij denk ik ook aan de optredende «verdringingseffecten» waarbij wel geavanceerde en kostbare ingrepen worden gedaan, maar geen «zorg» meer kan worden verleend aan (andere) hulpbehoevenden. Voor zover dit vraagstuk de algemene beleidsprioriteiten betreft wordt hierover reeds geadviseerd door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en voor zover het verstrekkingenpakket aangaat, door de Ziekenfondsraad.

5. De grens van de grondwettelijke plicht van de overheid tot bevordering van de gezondheidszorg ingevolge artikel 22 van de Grondwet.
Valt een vorm van zorg onder de bevorderingsplicht van de overheid, dat zijn er tenminste drie soorten beleidsconsequenties mogelijk:
1. Bewaking van de kwaliteit van de zorg, door bij voorbeeld het opnemen van de desbetreffende deskundigheid in de Wet BIG of het stellen van kwaliteitseisen ingevolge de WVG;
2. Zorg voor de geografische bereikbaarheid en spreiding, bij voorbeeld door planvorming en vestigingsbeleid ingevolge de WVG;
3. Zorg voor de financiele bereikbaarheid, bij voorbeeld door opneming in de sociale wettelijke ziektekostenverzekering of door eisen te stellen aan particuliere ziektekostenverzekeringspolissen

Ik kom thans tot een nadere omlijning van de richting waarin de adviesaanvrage zou kunnen gaan. In de Kamer is tot nu toe veel nadruk gelegd op het al dan niet bevorderen van de introductie van bepaalde nieuwe, kostbare, geavanceerde technieken. Een zwaar accent in de advisering zou dan ook moeten betreffen de ontwikkeling van een systematisch toe te passen beoordelingsprocedure voor de hierboven met name aangeduide kwalitatieve vraagstukken van effectiviteit. Gegeven de opvattingen van de Kamer en de noodzaak te komen tot een hanteerbare adviesaanvrage geef ik er de voorkeur aan dat met name de collectieve aspecten van deze vraagstukken de aandacht krijgen. De individuele selectievraagstukken en indicatieproblematiek vallen derhalve buiten deze adviesaanvrage.
Ik wijs er uitdrukkelijk op – en ook vanuit de Kamer stemt men hiermee in – dat het niet de bedoeling van een grenzen verkennende adviesaanvrage kan zijn dat er ongemotiveerde belemmeringen worden gecreeerd voor medisch wetenschappelijk onderzoek, en evenmin dat er voedsel wordt gegeven aan een anti-technologische houding. Er moeten met andere woorden voldoende waarborgen worden geschapen voor het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van medische technologie. De advisering zou derhalve een bijdrage moeten leveren aan het vinden van een evenwicht tussen overtrokken toepassing van (nieuwe) technologieen en de beloften die diezelfde toepassing kan inhouden voor de gezondheid. Een zekere aansluiting aan het kwaliteitsbeleid is hierbij onontbeerlijk.
Aan de adviesorganen zou ik onder meer de volgende vragen willen voorleggen:
1. Hoe kunnen in de toekomst technieken en methodes stelselmatig worden beoordeeld op het effectiviteit, ethische toelaatbaarheid en doelmatigheid?
2. Op welke wijze moet in de toekomst systematisch de maatschappelijke behoefte aan technologieen en de organisatorische inpasbaarheid in de bestaande zorg worden beoordeeld?

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUU

AAN: de Voorzitter van de Nationale Raad
voor de Volksgezondheid
Postbus 7100
2701 AC ZOETERMEER

uw brief :
uw kenmerk :

onskenmerk: Nr. 10049
DG Vgz/STABO

datum:
10 januari 1984

onderwerp : Adviesaanvrage Grenzen van de zorg.

./. Bij brief van 3 november 1983, die ik hierbij zend, heb ik mij tot de Tweede Kamer gewend inzake het vraagstuk van de grenzen van de gezondheidszorg. Ook tijdens de laatste begrotingsbehandeling en bij de behandeling van de Not volksgezondheid bij beperkte middelen (g.s. 18 100) heeft de Kamer veel aandacht gehad voor dit vraagstuk. Ik heb toegezegd uw aandacht te vestigen o het toen verhandelde.

Het is zowel om zorginhoudelijke redenen als om daarbuiten liggende oorzaken nodig dat nagedacht wordt over de vraag naar of grenzen in de zorg respectievelijk, binnen welke grenzen de gezondheidszorg zou moeten functioneren. Voorts dient de vraag beantwoord te worden via welke maatregelen deze grenzen kunnen worden aangebracht en wie deze maatregelen zou moeten treffen. Het stellen van grenzen aan de gezondheidszorg zal ingrijpende gevolgen hebben en, gezien de existentiële problemen die in het geding zijn, principiële en mogelijk ook controversiële discussies uitlokken. Voor de te treffen maatregelen zal een maatschappelijk draagvlak moeten bestaan, anders zullen zij niet realiseerbaar blijken of anders uitwerken dan werd beoogd.

Ik zou daarom de Nationale Raad willen verzoeken mij te adviseren over de aard van de begrenzingen die voor de gezondheidszorg wenselijk zijn en over de mogelijkheden om deze grenzen aan te brengen. Ik zou het op prijs stellen indien de advisering van de Raad in eerste instantie een oriënterend karakter draagt. Hoewel een overzicht van en inzicht in de totaliteit van de problematiek gebaseerd op een - zo mogelijk - integrale visie wenselijk zouden zijn, ben ik me ervan bewust dat het vragen daarvan meer barrières opwerpt dan wellicht strikt nodig is om te komen tot suggesties voor oplossingen. Uw advies zal immers uiteindelijk tot dat laatste moeten bijdragen.

...straat 12
...de NZ-bus nen 45 of 46 en HTM bus nr 22
...Den Haag Centraal en Laan
...Amsterdam-Noordzijde

...beantwoording onderwerp, datum en kenmerk van deze brief te vermelden

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR

blad 2 kenmerk Nr. 10049
DG Vgz/STABO

Een dergelijk advies van uw raad, waarin het hele veld van hulpverleners en patiënten/consumenten zijn vertegenwoordiging vindt, kan leiden tot een grotere bewustwording van de problematiek en tot een zekere uitkristallisering van de meningsvorming.

Dit kan meebrengen dat uw Raad nagaat welke onderwerpen prioriteit verdienen. Ik zou u in dit verband in overweging willen geven om na een inventarisatie, waarbij prioriteiten kunnen worden gelegd, mij een interim-advies te doen toekomen over de verder te volgen procedure.
Daarbij lijkt het mij wel van belang in het oog te houden dat na een mogelijk noodzakelijke inhoudelijke verkenning, uiteindelijk gekomen kan worden tot ee methode om systematisch tot grenzenstellen te kunnen komen.

In bijgevoegde notitie welke een integrerend onderdeel uitmaakt van de adviesaanvrage vindt u mijn voorlopige gedachten omtrent het vraagstuk. Inmiddels werd van de HRWB nog een advies ontvangen dat mede op de onderwerpelijk aangelegenheid betrekking heeft. Ik verzoek u te bezien of bij de vraag op welke wijze in de toekomst systematisch de maatschappelijke behoefte aan technologieën en de organisatorische inpasbaarheid in de bestaande zorg kan worden beoordeeld - de tweede vraag uit genoemde notitie - , de door de HRWB aangedragen "grensbepalende" criteria een operationele rol kunnen spelen.

De adviesaanvrage aan de Gezondheidsraad zal ik u zo spoedig mogelijk doen toekomen.

De Staatssecretaris van Welzijn,
Volksgezondheid en Cultuur,

(Drs. J.P. van der Reijden)

Min. v. Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
AFSCHRIFT

Volksgezondheid en
Cultuur

Postbus 5406
2280 HK Rijswijk
Telefoon: (070) 949393

Postbus 439
2260 AK Leidschendam
Telefoon: (070) 209260

VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR

AAN: de Voorzitter van de Gezondheidsraad
Postbus 95379
2509 CJ 's-GRAVENHAGE

Leidschendam	Bijlage(n)	Uw brief	Uw kenmerk
6 april 1984	div.	-	-
Onderwerp		Toestel	Ons kenmerk
Grenzen van de zorg		-	Nr. 11002 DG Vgz/STABO

./. Bij brief van 3 november 1983, die ik hierbij zend, heb ik mij tot de Tweede Kamer gewend inzake het vraagstuk van de "grenzen van de gezondheidszorg". Ook tijdens de laatste begrotingsbehandeling en bij de behandeling van de Nota volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen (g.s. 18 100) heeft de Kamer veel aandacht gehad voor dit vraagstuk. Ik heb toegezegd uw aandacht te vestigen op het toen verhandelde.

Het is zowel om zorginhoudelijke als om daarbuiten liggende redenen nodig dat nagedacht wordt over de vraag naar de grenzen van de zorg, respectievelijk binnen welke grenzen de gezondheidszorg zou moeten functioneren. In de bij genoemde brief gevoegde notitie welke een integrerend onderdeel uitmaakt van de adviesaanvrage vindt u mijn voorlopige gedachten omtrent het vraagstuk.

Ik zou aan uw Raad in verband hiermee de volgende vragen willen voorleggen.

1. Hoe kunnen in de toekomst nieuwe of bestaande wetenschappelijke ontwikkelingen en technieken systematisch worden beoordeeld op grens-aspecten die binnen de competentie van de Gezondheidsraad vallen.

Welzijn,
Volksgezondheid en
Cultuur

Blad 2

Onskenmerk nr. 11002
DG Vgz/STABO

Toelichting

De vraag bouwt voort op de vraagstelling uit de adviesaanvrage inzake de algemene transplantatieproblematiek (16 december 1983, nr. 174388), waari de vraag wordt gesteld aan de hand van welke criteria beoordeeld kan worde dan wel moet worden of een nieuw ontwikkelde geneeskundige voorziening al "nuttig" geschouwd moet worden met het oog op een mogelijke invoering daa van. De thans gestelde vraag is enerzijds breder en systematischer van as maar beoogt anderzijds niet dat bestaande en nieuw ontwikkelde geneeskund voorzieningen stuk voor stuk de revue zullen passeren. Het is veeleer een vraag van methode (systematische beoordeling). In de genoemde adviesaanvr werd ook het verband al aangegeven met de "grenzen van de zorg".

U zoudt in uw beschouwingen kunnen betrekken de opmerkingen die de Zieke fondsraad terzake heeft gemaakt in zijn advies "grenzen aan de groei van verstrekkingenpakket", in het bijzonder op de bladzijden 20 tot en met 2 alsmede aan de door de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid aangedragen "gren bepalende criteria" in zijn advies over de Grenzen van de gezondheidszor
./.. Van beide adviezen heb ik een exemplaar bijgevoegd.

2. Hoe kan er in de toekomst gesignaleerd worden welke medische ontwikke gen er voor de gezondheidszorg van belang zijn.

Toelichting

Het gaat ook hier weer eerder om een wijze van aanpak dan om het systema tisch signaleren door de Raad zelf van nieuwe ontwikkelingen. Thans is onduidelijk hoe nieuwe medische ontwikkelingen onder de aandacht gebrac worden van de Gezondheidsraad en de overheid.

Ik beraad mij er nog op om u nader om advies te vragen over de vraag in verre normen ten aanzien van de lengte en de kwaliteit van het menselij leven kunnen worden opgesteld en practisch hanteerbaar worden gemaakt. Voorshands geef ik er de voorkeur aan aan deze problematiek te gelegene tijd een afzonderlijke adviesaanvrage te wijden.

De Staatssecretaris van Welzijn,
Volksgezondheid en Cultuur,

(Drs. J. [illegible] van der Reijden)

Bijlage II

Gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen door ouderen

Samenstelster: R. Strijbosch,
stagiaire vanuit de vakgroep "Planning en Beleid",
Rijksuniversiteit Utrecht

INLEIDING

Deze bijlage zal een cijfermatig beeld geven van het gebruik van de gezondheidszorg, zoveel mogelijk uitgesplitst naar leeftijdscategorie en sexe, met natuurlijk ruime aandacht voor de oudere bevolking. Er worden een aantal tabellen gepresenteerd, waarvan de eerste drie een beeld geven van de huidige en toekomstige samenstelling van onze bevolking. Daarna zullen vijf instellingen nader bekeken worden, respectievelijk de huisartsen, wijkverpleging, AGGZ, ziekenhuizen en verpleeghuizen. Per tabel wordt een toelichting gegeven. Het geheel wordt besloten met een bescheiden kostenoverzicht.
Voor het grootste deel is deze bijlage gebaseerd op het rapport 'Ouder worden in de toekomst (scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000) van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg.
Dit rapport gaat o.a. uit van 3 varianten bij de toekomstige vraag naar voorzieningen

- de nul-variant: constante leeftijds- en geslachtsspecifieke gebruikscijfers uit een bepaald peiljaar toepassen op de toekomstige bevolkingsomvang en -samenstelling.
- de trendvariant: doortrekken van trendmatige gebruikscijfers uit het verleden (leeftijds- en geslachtsspecifiek) naar de toekomst
- De beleidsvariant: het voorgestane beleid doorberekend, zodat een eventuele discrepantie tussen vraag en aanbod in de toekomst aangegeven kan worden.

In deze bijlage zal indien mogelijk de beleidsvariant erbij gegeven worden. Het was niet mogelijk op deze plaats ook de trendvariant uit te werken, omdat hiervoor per voorziening gegevens over een reeks van jaren noodzakelijk zijn alsmede een statistisch verantwoord model voor het doorrekenen van trends.
Het was oorspronkelijk ook de bedoeling een overzicht te bieden van de nulde-lijn in de vorm van een aantal voor ouderen belangrijke patiëntenverenigingen (van bijv. een aantal ziekten als kanker, hart- en vaatziekten, dementie, rheuma etc.). Echter er worden nauwelijks leeftijdsspecifieke gegevens geregistreerd; de meeste hulpvragen verlopen anoniem en een eventueel ledenbestand biedt geen representatief beeld, aangezien het dikwijls voor een groot deel slechts om donateurs gaat.
Voor alle duidelijkheid wil ik hier vermelden, dat ik van de term 'bejaarden' gebruik maak als het gaat om de Nederlandse bevolking van 65 jaar en ouder en zodra het de categorie van 55 jaar en ouder betreft zal ik van 'ouderen' spreken. Deze laatste term zal ook wel in z'n algemene betekenis gebruikt worden, als het gaat om oud tegenover jong.

De demografische ontwikkeling

Al jarenlang voorziet men de vergrijzing van de Nederlandse bevolking. In tabel 1.1. is dat ook duidelijk te zien. Van 1985 tot 2000 neemt de categorie van 55 jaar en ouder toe van 22% naar 25%. Dat zou betekenen, dat het jaar 2000 bijna 4 miljoen ouderen zou tellen, waarvan ruim 2 miljoen bejaarden. Er is met andere woorden een absolute én ook 'n relatieve groei van deze leeftijdscategorie.
Tabel 1.2. en 1.3. tonen, dat de sterkste stijgingen de categorie hoogbejaarde vrouwen betreft. Vrouwen hebben namelijk een hogere levensverwachting. Dit heeft tevens tot gevolg dat er ook veel meer alleenstaande vrouwen zijn. Neemt de bevolking van 55-79 jaar van 1985 tot 2000 toe met 18%, de categorie van 80 jaar en ouder kent een explosieve groei van maar liefst 43%. In 2000 zijn er $\pm 4\frac{1}{2}$ keer zoveel alleenstaande vrouwen van 75 jaar en ouder dan mannen. Volgens tabel 1.2. en 1.3. is het percentage alleenstaanden onder de vrouwen in 2000 50% tegenover 25% alleenstaanden onder de mannen.
Deze demografische groei met zijn specifieke kenmerken is zeer zeker van belang voor de gebruikscijfers t.a.v. de gezondheidszorg.

Tabel 1.1.

Bevolking van 1985 - 2000; absoluut (x 1000) en in procenten

	1985		1990		1995		2000	
	M	V	M	V	M	V	M	V
totale bevolking	7149	7305	7260	7464	7366	7600	7447	7701
0 - 54 jr.	5791	5546	5817	5584	5831	5614	5786	5593
55 - 59	342	363	362	368	382	375	435	421
60 - 64	320	362	320	352	340	357	359	364
65 - 69	241	293	285	345	287	336	305	341
70 - 74	198	273	199	272	238	322	240	314
75 - 79	134	220	144	239	146	241	175	286
80 - 84	77	146	82	172	88	190	89	192
85+	46	102	51	132	54	165	58	190
% 55+ in tot.bev.	19	24,1	19,9	25,2	20,8	26,1	22,3	27,4
% 65+ in tot.bev.	9,7	14,2	10,5	15,6	11,0	16,6	11,6	17,2
% 75+ in tot.bev.	3,6	6,4	3,8	7,3	3,9	7,8	4,3	8,7
% 85+ in tot.bev.	0,64	1,40	0,70	1,77	0,73	2,17	0,78	2,47

Bron: CBS prognose 1984 (Midden-variant).

Tabel 1.2.

Mannen naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat;
absoluut x 1000 en in % van 1985.

Mannen	1985	1990	1995	2000	toename 1985-2000 (in % van '85)
0-54 jaar	5791	5817	5831	5786	-0,008
55-59	342	362	382	435	27
60-64	320	320	340	359	12
65-69	241	285	287	305	27
70-74	198	199	238	240	21
75-79	137	144	146	175	31
80-84	77	82	88	89	16
85-89	33	37	39	42	27
90+	13	14	15	16	23
65 jr. en ouder	696	761	813	867	25
Niet(meer)gehuwd					
55-64	94	114	144	187	99
65-74	79	89	107	123	56
75-84	68	71	71	82	21
85 en ouder	28	29	29	32	14

Bron: Maandstatistiek bevolking (CBS) 85/4; Bevolkingsprognose 1984.(M-variant).

Tabel 1.3.

Vrouwen naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat;
absoluut (x 1000) en in % van 1985.

Vrouwen	1985	1990	1995	2000	toename 1985-2000 (in % van 1985)
0-54 jaar	5546	5584	5614	5593	0,85
55-59	363	368	375	421	16
60-64	362	352	357	364	0,6
65-69	293	345	336	341	16
70-74	273	272	322	314	15
75-79	220	239	241	286	30
80-84	146	172	190	192	32
85-89	73	92	112	124	70
90+	29	40	53	66	128
65 jr. en ouder	1034	1160	1254	1323	28
Niet(meer) gehuwd					
55-64	201	198	134	241	20
65-74	274	289	306	302	10
75-84	270	302	318	349	29
85 en ouder	94	122	153	178	89

Bron: Maandstatistiek bevolking (CBS) 85/5
Bevolkingsprognose 1984 (M-variant).

De huisartsenzorg

Wat de huisartsenzorg betreft gaat het om een extramurale voorziening, die deel uitmaakt van de eerstelijnsgezondheidszorg (die in de toekomst versterkt gaat worden).
Tabel 2.1. bekijkt de huisartsenkontakten gesplitst naar leeftijd en geslacht en hieruit blijkt duidelijk dat de categorie ouderen veel vaker de huisarts bezoekt, waarbij net als bij de demografische groei het accent ligt bij de hoogbejaarden (meer chronisch-degeneratieve aandoeningen). Verder geldt dat voor alle leeftijdscategorieën de vrouwen vaker kontakt hebben met de huisarts dan mannen.
Tabel 2.2. laat zien, dat de ouderen 30% van het aantal kontakten met de huisarts uitmaken in 1985 en 35% in 2000. Verder blijkt dat in de toekomst een stijging van de absolute aantallen te verwachten is in het huisartsenbezoek van ouderen (een toename van 23% in een tijdsbestek van 15 jaar van 1985-2000) en met name gaat het weer om vrouwen ($\pm$ 2x zoveel als mannen). Hiertegenover neemt in de leeftijdscategorie tot 55 jaar het aantal kontakten in de prognose licht af. Het hoge aantal vrouwen, die onder de jongeren kontakt hebben is waarschijnlijk gedeeltelijk een vertekend beelden aangezien onder deze categorie ook de kontakten in verband met zwangerschap anticonceptie meegerekend worden. De cijfers betreffende het aantal kontakten per hoofd van de bevolking spreken voor zich. In het jaar 2000 voor de mannen van 0-54 2,5 kontakt, voor de vrouwen van deze leeftijdscategorie 3,5 kontakt. Voor de mannen van 55 jaar 4,5 en voor de vrouwen van 55 jaar en ouder 5,3.
Het streven van de regering is de eerstelijnsgezondheidszorgvoorzieningen in de toekomst te versterken.

Tabel 2.1.

Huisartsenkontakten in één jaar, naar leeftijdscategorie en geslacht
Gezondheidsenquête 1981 en 1982 (N=20.000)

Leeftijd	Totaal	Mannen	Vrouwen
Percentage personen met kontakt			
55-59	72,9	68,3	77,2
60-64	75,7	74,6	76,7
65-69	76,5	70,7	81,6
70-74	78,1	74,4	81,2
75+	83,3	80,5	74,7
Aantal kontakten per hoofd v.d. bevolking			
55-59	4,723	4,542	4,887
60-64	4,143	4,389	3,905
65-69	3,441	3,333	3,537
70-74	5,571	4,792	6,222
75+	6,120	5,413	6,650
Totale bev.	3,465	2,962	3,964
Aantal kontakten per persoon met kontakt			
55-59	6,474	6,653	6,331
60-64	5,474	5,885	5,088
65-69	4,500	4,718	4,333
70-74	7,133	6,440	7,663
75+	7,344	6,720	7,784
Totale bev.	4,990	4,614	5,310

Bron: Maandbericht Gezondheidsstatistiek(CBS) 84/10 p.8 (bewerkt).

Tabel 2.2.

Raming aantal kontakten met de huisarts (x 1000) in één jaar.

		Absoluut			Aantal kontakten per hoofd v.d. bev.	
Jaar	Leeftijd	Totaal	M	V	M	V
1985						
	0-54	34996	15074	19922	2,6	3,6
	55 e.o.	15136	6101	9035	4,49	5,14
1990						
	0-54	34942	15052	19890	2,6	3,6
	55 e.o.	16149	6452	9697	4,47	5,16
1995						
	0-54	34679	14935	19744	2,6	3,5
	55 e.o.	17265	6883	10382	4,48	5,23
2000						
	0-54	34043	14597	19446	2,5	3,5
	55 e.o.	18542	7461	11081	4,5	5,3

Bron: CBS prognose 1984 (Midden-variant)
Maandbericht Gezondheidsstatistiek (CBS) 84/10 p.8.

De wijkverpleging

Ook de wijkverpleging maakt deel uit van de eerstelijnsgezondheid. Wat de wijkverpleging betreft geven tabel 3.1. en 3.2. een aardig overzicht van het gebruik. Het gaat om een steekproef van 20% in 6 provincies met een landelijk doorsnee, waarvan de cijfers omgerekend zijn naar het landelijk totaal. Beleidsmatig wordt uitgegaan van ongeveer 40 minuten gemiddeld per kontakt. Momenteel wordt via een peilstationprojekt precies de tijd voor iedere handeling geregistreerd en er wordt een uitsplitsing gemaakt naar sexe. Deze cijfers waren echter voor deze bijlage helaas nog niet beschikbaar.
Uit tabel 3.1. en 3.2. blijkt weer, dat de ouderen relatief gezien veel intensiever gebruik maken van deze gezondheidszorgvoorziening: namelijk ongeveer 70% in 1984 en 74% in 2000 tegenover de jongeren 30% in 1984 waarvan de leeftijdscategorie van 0-4 jaar 16% voor zijn rekening neemt, te verklaren door de zuigelingenzorg.
Tabel 3.2. laat via een toekomstraming zien, dat deze verschillen eerder toe- dan afnemen. Voor wat betreft de ouderen neemt het aantal kontakten toe van ongeveer 6,5 miljoen in 1984 tot bijna 8 miljoen in het jaar 2000. Gedurende dezelfde tijdsperiode gaan de jongeren getalsmatig slechts van 2.809.000 naar 2.858.000, dus slechts een toename van ongeveer 50.000 kontakten.
Beleidsmatig gezien wordt verder een volumegroei van 4% beoogd met het oog op de versterking van de extramurale versus de intramurale zorg. (N.B. deze 4% is recentelijk teruggebracht tot 2%).

Tabel 3.1.
Kontakten van de bevolking met de wijkverpleegkundige zorg uitgesplitst naar leeftijd, absoluut en in % van de totale bevolking.

Leeftijd	Absoluut	%
0-54	1506600	16,2
5-59	1302000	14
60-69	1264800	13,6
70-79	2631900	28,3
80 e.o.	2585400	27,8
Totaal	9290700	100

Bron: Nationale Kruisvereniging; wijkadministratiesysteem 1984.

Tabel 3.2.

Raming aantal kontakten met de wijkverpleegkundige zorg uitgesplitst naar leeftijd (trend- c.q. nulvariant).

		Trend- c.q. nulvariant		Beleidsvariant
Jaar	Leeftijd	Absoluut	Aantal kontakten per hoofd v.d.bevolking	
1984				
	0-60	2808600	0,23	In de periode
	60 e.o.	6482100	2,73	1984-1986:
				4% volumegroei
1990				Norm: 1 wijkver-
	0-60	2726739	0,22	pleegkundige op
	60 e.o.	7271166	2,80	2500 inw.
2000				
	0-60	2743433	0,22	
	60 e.o.	8523035	2,93	

N.B. De 4% volumegroei is recentelijk terug gebracht tot 2%.

De ambulante geestelijke gezondheidszorg

Voor alle duidelijkheid gaat het hier om de extramurale gezondheidszorg via de Regionale Instituten voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's).
De bejaarde bevolking maakt 9% van het aantal kliënten bij de AGGZ uit in 1985 en 12% in 2000. Ook voor de AGGZ geldt dat het aantal ingeschreven kliënten absoluut én relatief toeneemt binnen de categorie ouderen naarmate de leeftijd toeneemt en weer gaat het bij vrouwen om grotere aantallen dan bij mannen (tabel 4.1.). Het gaat bijv. bij de categorie bejaarden om ongeveer 2x zoveel vrouwen als mannen (10.000 tegenover 5000 mannen).
In tabel 4.2. zien we, dat deze ontwikkeling zich in de toekomst voortzet, ook niet verwonderlijk gezien de bevolkingscijfers en gezien het feit dat de groep alleenstaanden (en dus vooral vrouwen) veel frequenter gebruik maakt van deze voorziening (ongeveer het drievoudige van het overeenkomstige percentage voor de rest van de bevolking; Goudriaan, De Groot e.a. 1984, p.103). De bejaarde mannen vormen in deze tabel een uitzondering wat de relatieve groei betreft; deze blijft namelijk nagenoeg gelijk.
In vergelijking met de jongeren is het percentage bejaarden, dat gebruik maakt van de AGGZ relatief gezien kleiner, alleen de categorie hoogbejaarden kent 'n percentage dat bijna 2x zo hoog is (2,37% tegenover 1,35%). Het zijn ook enkel de hoogbejaarden die in vergelijking met de jongeren relatief gezien meer gebruik maken van de AGGZ. Zelfs in de tabel betreffende de toekomstraming tot 2000 blijven, als de twee leeftijdsgroepen in z'n totaliteit worden vergeleken de jongeren in de meerderheid wat het gebruik betreft. Echter daarbij moet in beschouwing worden genomen dat het hier gaat om een nul-variant, hetgeen een vertekend beeld kan geven, met name gezien het feit dat er steeds meer gestreefd zal worden in de toekomst naar een verschuiving van intra- naar extramuraal. Veel bejaarden, die in de toekomst door de AGGZ geholpen kunnen worden, zullen momenteel in deze overgangssituatie nog in verpleeghuizen terechtkomen. Wat dit betreft is er dus nog volop ontwikkeling. Het is o.a. de bedoeling de sociaal-geriatrische diensten verder te gaan uitbreiden.
Momenteel heeft zelfs nog niet iedere RIAGG zo'n dienst. Verder is het zo, dat in de beleidsvariant de RIAGG's uitgaan van 20 nieuwe aanmeldingen per 1000 bejaarden per jaar en per bejaarde 20 uur hulp.
Eventueel zal er nog een verschuiving van de hulp gaan plaatsvinden ten gunste van de hoogbejaarden (met intensieve hulp).

Tabel 4.1.

Ingeschreven cliënten in 1983 bij de AGGZ naar leeftijd en geslacht.

Leeftijd	Man		Vrouw	
	abs	%	abs.	%
0-64	71973	1,12	84133	1,34
65-69	985	0,40	1583	0,53
70-74	1048	0,55	1865	0,70
75-79	1210	0,93	2312	1,10
80-84	926	1,26	1826	1,35
85+	1171	2,52	2207	2,37

Bron: Gegevens NVAGG (registratiejaar 1983)
Bevolkingsprognose 1984.

Tabel 4.2.

Raming aantal cliënten bij de AGGZ in de periode 1985-2000 absoluut en in % (nul-variant).

Jaar	hft.	Mannen abs.	Mannen %	Vrouwen abs.	Vrouwen %	Totaal abs.	Totaal %
1985							
	0-64	72274	1,12	84659	1,35	156932	1,23
	65 e.o.	5429	0,78	10272	0,99	15701	0,91
1990							
	0-64	72789	1,12	85104	1,35	157893	1,23
	65 e.o.	5892	0,77	11812	1,02	17704	0,92
2000							
	0-64	73696	1,12	86103	1,35	159799	1,23
	65 e.o.	6751	0,78	14246	1,08	20997	0,96

Bron: Gegevens NVAGG (registratie 1983)
Bevolkingsprognose 1984

N.B. De categorie van 0-64 is niet leeftijdsspecifiek.

Het ziekenhuis

Het betreft hier de algemene, academische en categorale ziekenhuizen. De bejaarde bevolking verbruikte 36% van de verpleegdagen in 1983 en volgens de raming zal ze 42% gebruiken in 2000. Alhoewel v.w.b. de absolute cijfers de jongeren meer verpleegdagen in ziekenhuizen doorbrengen is het relatief gezien juist andersom. Per bejaarde worden ± 4x zoveel verpleegdagen verbruikt. Daarnaast neemt het absolute verschil in de toekomst zienderogen af; staan er in 1983 bijna 13 miljoen verpleegdagen voor jongeren tegenover ruim 7 miljoen voor bejaarden (± 2x zoveel), in het jaar 2000 is dat verschil al gereduceerd tot 13 miljoen tegenover 9,5 miljoen, waarvan 4 miljoen voor mannen en 5,5 miljoen voor vrouwen. En dan is dit nog een weergave van de minimale ontwikkeling, want er zal in de toekomst eventueel een verschuiving gaan plaatsvinden van verpleeghuizen naar ziekenhuizen in die zin dat er momenteel experimenten gedaan worden met GAAZ' (Geriatrische Afdelingen in Algemene Ziekenhuizen).
Als er bij de beleidsvariant van uitgegaan wordt, dat de bezuinigingen uitgevoerd bij het aantal bedden voor bejaarden en niet-bejaarden proportioneel geschiedt, blijkt dat in 2000 er voor de eerste groep 'n tekort aan verpleegdagen is van ruim 3 miljoen en voor de jongeren van bijna 2 miljoen.

Tabel 5.1.

Raming aantal verpleegdagen in ziekenhuizen in de periode 1983-2000 (totaal en per hoofd van de bevolking).

Jaar	Leeftijd	Nulvariant					Beleidsvariant
		Mannen		Vrouwen		Totaal	Absoluut
		Absoluut	v/h	Absoluut	v/h		
1983							
	0-64	5.854.000	0,91	6.896.000	1,10	12.750.000	12.750.085
	65+	3.112.000	4,52	4.195.000	4,18	7.307.000	7.306.901
1985							
	0-64	5.865.000	0,91	6.917.000	1,10	12.782.000	10.552.581
	65+	3.148.000	4,52	4.320.000	4,18	7.468.000	6.039.527
1990							
	0-64	5.907.000	0,91	6.953.000	1,10	12.860.000	10.749.702
	65+	3.442.000	4,52	4.847.000	4,18	8.289.000	6.152.345
2000							
	0-64	5.981.000	0,91	7.035.000	1,10	13.016.000	11.059.256
	65+	3.922.000	4,52	5.528.000	4,18	9.450.000	6.329.512

v/h = aantal verpleegdagen per hoofd van de bevolking.

Bron: Nulvariant (SIG jaarboek 1983)

gebruikscijfer 1983: M = 5.854.445 en V = 6.895.640 (0-65 jr.)

M = 3.112.167 en V = 4.194.734 (65 jr. e.o.)

Beleidsvariant (SIG; Richtlijnen ex. art. 3 WZV)

- Verpleegdagen voor de bevolking 0-65 jr.: 63,6% van het totaal aantal verpleegdagen.
- Bezettingsgraad: 85%
- WZV-norm: 3,7 bedden per 1000 inwoners.

Het Verpleeghuis

De verpleeghuizen worden bezet door 90% bejaarden en 10% jongeren in 1985. (In 2000 92%). Er valt in de komende 15 jaar tot 2000 een gebruikstoename van ruim 30% te verwachten met als belangrijkste indikatie de toename van de bejaarde bevolking en met name weer de categorie vrouwen van 65 jaar en ouder (223% meer dan de mannelijke categorie). De hoogbejaarde vrouwen (80+) nemen wat het gebruik betreft maar liefst 70% van de categorie bejaarden voor hun rekening (bijna 9% v.d. 80-plussers, bijna 1 op de 10).

Wat de beleidsvariant betreft loopt door de bezuinigingen het tekort op van bijna 1900 in 1985 tot 6700 in 2000.
Het huidige aantal verpleeghuisbedden bedraagt ongeveer 47.500.
De bouw van 5000 psychogeriatrische bedden is in voorbereiding (tot 1990 geen verdere uitbreiding).
Gebruikspercentage mannen:
0,036 voor 0-64 jaar
0,98 voor 65-79 jaar
4,93 voor 80 jaar e.o.
Gebruikspercentage vrouwen:
0,043 voor 0-64 jaar
1,47 voor 65-79 jaar
8,49 voor 80 jaar e.o.

Tabel 6.1.
Raming capaciteit verpleeghuizen (somatisch, psychogeriatrisch en gecombineerd) 1985-2000, absoluut en in % van de 65-plussers.

	Nul-variant		Beleidsvariant
	abs.	%	abs.
1985	49.308	2,85	47.444
1990	56.154	2,92	52.218
2000	65.679	3,00	58.956

Tabel 2.

Raming capaciteit verpleeghuizen (somatisch, psychogeriatrisch en gecombineerd) 1985 - 2000, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (aboluut en in %).

	Absoluut			% per hoofd v.d. bev.
	1985	1990	2000	
Mannen				
0-64 jr.	2323	2340	2369	0,036
65-79	5615	6154	7056	0,98
80+	6064	6557	7247	4,93
Vrouwen				
0,64 jr.	2697	2711	2743	0,043
65-79	11554	12583	13833	1,47
80+	21055	25810	32432	8,49

Bron: Nul-variant.

Gegevens van het NZJ van 1-1-1983

Bevolkingsprognose 1984

Beleidsvariant

Conform WZV-norm (1983).

7. **Kostenoverzicht**

Stond in het begin van de jaren zeventig de vraag centraal hoe men mensen minder ziek of gezonder zou kunnen maken, momenteel gaat het om de vraag waar de grenzen van de zorg liggen en er is een streven ontstaan de kosten in de gezondheidszorg te beheersen. Om een idee te geven van het gewicht van de gezondheidszorg in vergelijking met de rest van de collectieve uitgaven zijn tabel 7.1., 7.2. en 7.3. opgenomen. Tabel 7.1. laat zien, dat de uitgaven bij de Sociale Zekerheden oplopen per leeftijdsklasse. Hoogbejaarden kosten wat dat betreft gemiddeld per persoon 8x zoveel als de categorie 0-19 jarigen (de jeugdigen). De onderwijsuitgaven spreken voor zich. Bij de gezondheidszorg is het gemiddeld gebruik van de hoogbejaarden ongeveer 9x zo hoog als dat van jeugdigen. Bij de dienstverlening zelfs ± 17x zo hoog. Het totaal overziend zijn laagbejaarden gemiddeld $2\frac{1}{2}$ x zo duur als een jeugdige en hoogbejaarden zelfs $3\frac{1}{2}$ x. De categorie van 20-44 jaar kost duidelijk het minst.

Tabel 7.2. laat zien dat de totale collectieve uitgaven vanaf 1981 tot 2030 met 12% zullen stijgen en het is duidelijk dat de kosten voor Sociale Zekerheid, Gezondheidszorg en de Dienstverlening (de voorzieningen dus waar vooral ouderen gebruik van maken) enorm toenemen, terwijl het onderwijs steeds minder zal kosten. De bejaarden maken 11% van de totale bevolking uit, terwijl ze 20% van de collectieve uitgaven gebruiken (tabel 7.3.).

Volgens tabel 7.4. maken in 1983 de ziekenhuizen 65% van de totale kosten uit, de verpleeghuizen 20%, de huisartsenzorg 8%, het kruiswerk 4% en de AGGZ tenslotte slechts 3%. Wat de groei van de kosten betreft is die gedurende de periode 1978-1983 het sterkst bij het kruiswerk, maar liefst 59% en de AGGZ 52% en het minst bij de huisartsen en de rest neemt met ± 40% toe, dus in z'n totaliteit een enorme kostenstijging.

Tabel 7.5. geeft de gemiddelde uitgaven per persoon in 1981 voor 4 voorzieningen. Helaas zijn er geen uitgaven van de AGGZ per leeftijdscategorie in opgenomen.

Tabel 7.1.

Gemiddelde collectieve uitgaven per persoon, uitgesplitst naar leeftijd, 1981 (in guldens).

Leeftijdsklasse	0-19	20-44	45-64	65-79	80+
Sociale zekerh.	1700	2190	5910	12020	13.350
Onderwijs	3930	560	0	0	0
Gezondheidszorg	790	640	1060	2710	7020
Dienstverlening	290	140	170	980	5010
Overige programma's	7050	7050	7050	7050	7050
Totaal	13760	10580	14190	22760	32430

Bron: SCP-cahier 38: collectieve uitgaven en demografische ontwikkeling, 1970-2030 (pag. 16).

Tabel 7.2.

Verloop van de totale collectieve uitgaven 1981-2000, volgens de lage variant van de CBS-prognose. (in mrd. gld.)

Jaar	1981 bedrag	1981 index a)	1990	2000	2010	2020	2030
Sociale zekerheid	56,3	100	111	121	131	139	140
Onderwijs	20,2	100	85	80	77	77	63
Gezondheidszorg	15,8	100	111	118	123	129	134
Dienstverlening	5,4	100	104	112	120	129	140
Overige sectoren	100,5	100	104	108	107	104	100
Totaal	198,2	100	105	110	112	113	112

a) = indexcijfer met 1981 = 100

Bron: Ouder worden in de toekomst, p.109.

7.3.

Verdeling van personen en collectieve uitgaven 1981 en gemiddelde collectieve uitgaven per persoon, 1981, vijf leeftijdsklassen.

Leeftijdsklassen	0-19	20-44	45-64	65-79	80+	totaal
-personen (x 1000)	4363	5397	2831	1326	329	14.246
-personen (in % v.h.totaal)	31	38	20	9	2	100
-collect.uitg.(mnd.gld)	60.0	57.1	40.2	30.2	10,7	198.2
-collect.uitg.(in % vh tot.)	30	29	20	15	5	100
gem.collect.uitg.p.p.(in gld.)	13.760	10.580	14.190	22.760	32.430	

Bron: Ouder worden in de toekomst, p. 110.

Tabel 7.4.

Kosten van instellingen op het gebied van de gezondheidszorg (mln. gld.)

	1978	1983
Ziekenhuizen	7.858	10.935
Verpleeghuizen	2.370	3.402
Huisartsen	1.135	1.392
Kruiswerk	418	664
AGGZ	304	462
Totaal	12.085	16.885

Bron: Kosten en financiering v.d. gezondheidszorg in Nederland p.24

Tabel 7.5.

Gemiddelde uitgaven per persoon in 1981 (v.w.b. het collectieve deel van de gezondheidszorg) uitgesplitst naar leeftijd (in guldens).

Leeftijdsgroep	0-19	20-44	45-64	65-79	80+
Ziekenhuizen	500	300	620	1.220	1.500
Verpleeghuizen	30	30	30	810	4.846
Huisartsen	50	60	80	90	90
Kruiswerk	20	0	10	240	240
Totaal	600	390	740	2.360	6.670

Bron: Collectieve uitgaven en demografische ontwikkeling 1970-2030 p. 179.
Goudriaan R. e.a., SCP cahier 38, Rijswijk 1984.

DE NFB

De stichting NFB werd in 1954 opgericht als een koepelorganisatie voor alle landelijke organisaties op het gebied van de zorg voor bejaarden. Gezamenlijke advisering aan en overleg met de centrale overheid was het eerste doel.

In de loop van haar bestaan maakte de Federatie een aantal veranderingen door. Zo veranderde de naam Nederlandse Federatie voor Bejaarden**zorg** in Nederlandse Federatie voor Bejaarden**beleid** en in augustus 1981 ontstond na een uitgebreid proces van innovatie de NFB nieuwe stijl.
Een landelijk dienstverlenend instituut voor studie, informatie, documentatie, voorlichting en overleg.

Thans zijn bij de Stichtingsraad 23 landelijke instellingen op het gebied van het welzijnswerk voor ouderen aangesloten.
Het Ministerie van WVC subsidieert de activiteiten van de NFB.

DOEL

De belangrijkste doelstelling van de NFB is 'het bevorderen van een doeltreffend beleid ten behoeve van ouderen'.

Binnen dit algemene kader vallen drie aandachtsvelden:
- de toekomst van de voorzieningen voor ouderen;
- de maatschappelijke positie van ouderen in onze samenleving;
- de maatschappelijke gevolgen van de toenemende vergrijzing.

In deze aandachtsvelden zijn thema's te onderscheiden die de NFB via overleggroepen aan de orde stelt. Resultaten hiervan komen in de vorm van adviezen of informatiemateriaal terecht bij de overheid, de aangesloten organisaties of bij andere belangstellenden.
Op die manier vormt de NFB een landelijk platform, een ontmoetingspunt en samenwerkingsverband van organisaties die zich met ouderenwerk en -beleid bezighouden.
Met als middelen overleg, voorlichting, informatie, documentatie, studie en advies wil de Federatie aan aangesloten organisaties, maar ook aan anderen diensten verlenen.

AANGESLOTEN ORGANISATIES

Bij de NFB zijn als component aangesloten:

- landelijke organisaties van ouderen;
- organisaties op het gebied van het vrijwilligers- en solidariteitswerk;
- organisaties voor maatschappelijke dienstverlening en geestelijke- en lichamelijke gezondheidszorg;
- organisaties voor sociaal-, cultureel- en educatief werk;
- organisaties voor deskundigheidsbevordering en opleidingen in het ouderenwerk;
- organisatie op het terrein van de wetenschap van het ouder worden (de gerontologie).

Om haar dienstverlenende functie goed te kunnen uitoefenen onderhoudt de NFB contacten met:

de diverse overheden, met belangenorganisaties, organisaties van voorzieningen, de media, onderwijsorganisaties, politici, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.